



# 全日病 NEWS 11/15

## 21世紀の医療を考える全日病 2005

発行所/社団法人全日本病院協会  
発行人/佐々英彦  
〒101-8378 東京都千代田区三崎町  
3-7-12 清話ビル  
TEL (03)3234-5165  
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.629 2005/11/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 慢性期入院包括評価の分類案まとまる

### 慢性期患者分類表 現場の声が反映。「医療3」該当は8.9%から12.6%へ回復

調査専門組織・慢性期入院医療包括評価調査分科会は11月11日、慢性期入院医療包括評価に用いる患者分類案をまとめた。医療必要度とADLレベル各3段階のマトリクスから患者の疾患・状態像を9区分(11分類)する案は、わが国慢性期医療初のケースミックス分類となる。

11月25日の診療報酬基本問題小委員会に報告、2006年4月改定での導入をめぐる判断を中医協に委ねることになる。(2面に患者分類表と猪口委員の報告を掲載)

患者分類案は、7月27日の基本小委で、2004年度慢性期患者特性調査から導かれた試案が認められた後、調査対象施設の中の65病院(療養病棟と特殊疾患療養病棟の計84病棟)に戻して妥当性の有無を8月に調査。その評価結果にもとづいて修正案が作られ、11月2日、11日の2度にわたる分科会議論で大幅な修正が加えられた結果、最終合意に至ったもの。

妥当性調査では69%の医師が患者分類試案を肯定的に評価、21.4%が否定的な回答を寄せた。支持率は一般病棟の併設がない病院の方が72.7%と高かった。

試案にあげられた項目のうちで不適切と指摘されたものは、医療区分3では「常時監視を要する状態」と「意識障害のある気管切開・器管内挿管」が、医療区分2では「意識障害のある経管栄養」「インスリン皮下注射」が、それ

ぞれ25%を上回った。一方、入院中の発症に対しては、列記された11項目のうち9項目で80%前後の病院が「原則として対応する」と回答、「原則として転棟・転院」はおおむね20%以下にとどまった。ただし、同じ項目について、入院患者としての受け入れ方針をたずねたところ、7項目で、「原則として受け入れない」と回答した病院が40%を超えた。

また、医療区分に追加すべきとされた項目としては、「肺炎」「末期疾患で余命6ヶ月以下」「抗生物質注射」が50%を超えた。いずれも、「現病棟で対応している」という回答が70%以上を超えた項目である。追加すべき項目案に対する支持は、「幻覚」「妄想」を除くと、一般病棟がない病院の方が併設されている病院よりも高い結果となり、両者の間で判断に一定の乖離が生じた。

なお、新たに出来高扱いとすべき薬剤として、45%の医師が抗生物質をあげた。抗がん剤や癌性疼痛鎮痛剤は20%台にとどまった。

この検証結果にもとづいて、①患者ごとの1日あたりケア時間集計に用いた看護補助者の時間数を資格者による集団リハ該当時間と置き換える、②患者ごとの1日あたり費用集計に薬剤費と特定保険材料費を加える、③前出時間・費用の別に医療区分「3・2」ごとの指数を算出し、各項目の時間と費用がそれぞれの平均値に指数を乗じた結果得られる時間・費用に達しているか否かによって各項目を「3・2」に振り分けるという修正を行なって、新たな区分案を導いた。

ただし、11月2日の分科会に示された医療区分ごとの疾病・状態像項目は、医療よりもケアに重点がおかれたものとなり、医療系委員全員の猛反発を受け、議論は頓挫しかかった。「数字のつじつま合わせで算出されたリストは、現場で手間のかかる疾患や状態を3から2に落とす結果となっている。これでは医療療養は重度の患者を受け

入れられない。療養病床をどうするかという理念がなさ過ぎる」と、医療系委員は異口同音に抗議した。

その結果、11月内に基本小委に報告しない限り、次期改定に導入される可能性が消えることもあり、見直しを図ることでぎりぎり合意。短時間に数次の合会を重ねて集計データを洗い直した結果、かなりの項目入れ替えが成立し、今回の案に至ったもの。

この修正によって、医療区分3該当患者に割合は、11月2日案の8.9%(7月試案と同様)から12.6%へと増加、重度の患者をより受け入れる病床に見合った報酬評価へと道が広がるものとなった。

患者分類は、7月の基本小委に報告する際にも分科会で二転三転し、基本小委で拒否された後に再度修正してようやく了承されるという経緯があった。提案されたものはほとんど通過するという検討会の「常識」とは異なる経過をたどった背景には、療養病床の機能分化を進めようとする委員達の理念と強い想いがあったといえよう。

## 医業収支差額-22.0%。医業収支率わずか1.3%

### 05年実績結果(速報) ゼロ改定は医療法人を直撃。定点観測は病院全体にさらに深刻

厚生労働省は11月2日の中医協・調査実施小委、11月9日の総会に、今年6月に実施した医療経済実態調査結果(速報)を報告した。前回と比べ3週間早い報告となった。

介護保険事業収入のない一般病院は医業収支差額が03年6月から11.1%上向き、総収支差額も75.1%と大きく改善したが、医業収支差額は依然617.1万円と大幅な赤字となった。

とくに、医療法人の収支悪化が著しく、医業収支差額は-22.0%、総収支差額は-24.0%と減った。その結果、医業収支率は1.8%から1.3%へさらに圧縮され、開設主体別でひとり利益縮減を余儀なくさせられた。(4・5面に詳細データを掲載)

医療法人の収支悪化は介護保険事業収入のある一般病院と合わせて集計した場合も同様で、医業収支差額は-8.1%、総収支差額では-17.1%と率は小さくなったものの、利益額は縮小をたどっている。ただし、介護保険事業収入のある一般病院と合算集計した場合の方が総じて収支悪化が顕著で、医療法人以外は介護保険事業が経営の足を引っ張っている傾向がうかがえる。

対照的に、介護保険事業収入のない精神科病院(全体)は医業収支差額が371.8%と急激な伸びを記録、前回調査の赤字から大幅な黒字に転換するとともに、総収支差額も226.4%と前回の黒字をさらに大きく積み増した。

一方、介護保険事業収入のない一般

診療所(全体)は医業収支差額を-3.6%減らしたものの、200万円近い収支差額を堅持している。

医療機能別では、回復期リハ病棟の赤字基調が目だっている。医業収支差額は-760.8万円、しかも前回調査比-1,305.1%という驚愕な落ち込みを示した。総収支差額は辛うじて146万円の黒字を維持したが、減収率は89.9%と大きい。新設された亜急性期入院医療管理料算定病院も医業収支差額は-384万円。ハイケアユニット入院医療管理料算定病院にいたっては-1399.8万円と巨額な赤字となった。いずれも総収支差額は黒字となったが、亜急性期病院は84.6万円に過ぎない。回復期リハ病棟の回答は47、亜急性期65、ハイケアユニ

ットにいたっては4施設に過ぎないことから、外れ値の影響も考えられるほどばらついた結果が目立つ実調となった。

今回初めて実施した「定点的観測手法を用いた調査」によると、医業収支差額は、医療法人だけでなく集計全体で減益に、総収支差額は全体集計では増益だが、医療法人、公立病院、個人病院では大幅な減益となり、さらにシビアな結果となった。

定点観測は同等調査対象における時系列変化から環境変化のモデル的な影響を探る手法であり、04年改定が病院

収入に与えた影響を如実に表しており、病院経営が、思った以上に深刻な局面を迎えていることがみてとれる。

調査は病院1,696ヶ所(5分の1抽出)のほか、一般診療所、歯科診療所、保険薬局の所定抽出医療機能等を対象に実施。病院については61.2%の有効回答率を得た。

メール回答あるいはフロッピーディスクによる提出を採用したことが影響し、診療所以外は前回調査の回答率を上回わり、病院に関しては前回は5.2ポイント上回る結果となった。

■病院の収支-金額と対03年6月伸率(1施設あたり:単位千円)

	全体		医療法人		公立		個人	
<b>介護保険事業収入のない一般病院</b>								
医業収入	265,824	8.3%	136,176	7.1%	457,117	15.0%	60,739	-10.2%
医業費用	271,994	7.8	134,374	7.6	498,782	12.8	55,445	-12.1
医業収支差額	-6,171	11.1	1,801	-22.0	-41,665	6.2	5,294	15.5
総収支差額	1,471	75.1	1,521	-24.0	-1,808	37.7	4,926	14.8
<b>介護保険事業収入のない一般病院と介護保険事業収入のある一般病院の集計</b>								
医業収入	227,575	-7.9	126,606	-1.5	378,978	-9.6	62,161	-3.8
介護収入	5,673	-26.6	8,286	-28.1	1,781	11.5	6,771	3.8
医業・介護費用	237,501	-8.2	131,370	-3.6	420,008	-8.6	63,002	-3.8
収支差額	-4,253	-3.8	3,522	-8.1	-39,249	-1.2	5,930	5.0
総収支差額	1,544	-49.9	3,143	-17.1	-5,898	-427.1	5,502	3.3

### 清話抄

先日小さな病院を事業継承した。そこは今でこそ大都市のベッド・タウンとされるが、元は漁師町。地元の住人は結構気が荒い。患者様は殆どが地元の方である。

事業を継承して驚いた。医師、看護師、薬剤師、事務員の職種を問わず、患者様は理不尽な無理難題を吹っかけ

る。怒号と共に。カップ麺が出来上がるまでの時間も待たず、目を吊り上げて食って掛かる。診察も受けず、薬だけよこせと声高に叫ぶ。

開院初日、お祝いを告げに訪れた顔なじみのMRも恐れをなして逃げ帰った。立ち上げを手伝ってくれたソフトウェア会社のSEもこんな初めての、と。いただいた観葉植物の鉢植えまで塩たれて見える。これは大変だ、たちの悪い患者様だけが残っていたのか。それらの層に恐れをなして普通の患者

様が寄り付かなくなったのか。

継承して1ヵ月。今日の外来は明るく秩序よく流れている。静かなBGMがよく似合う、穏やかな顔の患者様が満足気に帰っていかれる。

新患も増えているが、実は半数以上が1ヶ月前の顔ぶれだ。患者様は不安だったのだ。自分の馴染みの病院が経営不安に陥り、職員が次々と辞めていく。噂が噂を呼び閉院のデマが流れる。ついには新聞紙上に倒産の活字が躍った。職員は萎縮し、対応に卑屈さが隠

せない。患者様の不安、疑問に、丁寧に、かつ医療人としての正しい姿勢をもって我々是对応した。患者様は横車の押せる病院、わがままが通る病院を望んでおられたのではない。きちんと診てくれる病院、安心して任せられる病院を望んでいたのだ。

医療に対する社会の本当の期待を再確認すると共に、健全経営の大切さを今更ながら噛み締める晩秋である。(古)

# 主張

## 「栄養管理」を患者自身の希望に結びつけよう!

10月の介護報酬の改定により、新たに「栄養管理体制加算」「栄養マネジメント加算」「経口移行加算」が追加された。

かつては「食事が摂れなくなる」とが人生の終焉であったが、医療の飛躍的な発展により本人の意思に関わらず、中心静脈栄養や胃瘻からの経管栄養を施行し、栄養状態的には良好な状態を保つことが可能となった。しかし、一方でADLは低く、いわゆる「寝たきり状態」で生命を維持している高齢者の増加は否めない。

わが国の高齢化が拍車をかけて進んでいる中、今回の加算点数は介護施設において、人間が人間らしく「食べる喜び」を持ち続けるための援助を支援するもので、その成果を是非評価し続けて欲しいと願う。

病院でもNST(Nutrition Support Team)の活動が注目されている。良好な栄養状態が患者の褥瘡や感染予防、疾患の治療促進に不可欠であることは周知の事実であるが、病院では治療的に栄養状態を改善させることに主眼が置かれ、患者の満足向上、

すなわち「食べる喜び」が二の次に置かれている場合がまだまだ多いのではないだろうか。

嚥下機能の低下や認知症傾向があれば誤嚥性肺炎を危惧し、胃瘻を造設して経管栄養を施行する。また、食事提供業務をアウトソーシングすることで院内調理を行わないため、患者一人一人の状態に応じた対応が難しいなど、「患者の希望や意思」が蚊帳の外に置かれている場合も多いように思う。

患者自身が長生きする喜びを持ってよう支援をするためにも、嚥下機能の回復援助や患者の食べる意欲を向上させるような美味しい食事の工夫に力を注ぎ、身体的な栄養管理に加えて患者の心にも栄養を与えられるNST活動の地盤を固め、結果的に診療報酬にも明確な成果が反映されることを願いたい。

「全ては患者のために」の心を忘れずに、患者の生活の質に着眼した地道なNST活動は、高騰する医療費の削減にも必ず貢献すると認識し、医療スタッフが一丸となって取り組むことを切望する。(N)

### 慢性期入院包括評価分科会 患者分類案

我々は、療養病床の真の機能分化に資する作業を終えた! 後は、中医協と政府の作業である…。

2003年7月に立ち上がった当分科会であるが、約2年半の議論・調査を経て、さる11月11日に一応の結論が出た。(1面記事を参照)

2004年度調査の結果や分類案は、すでに報告されているとおり、医療療養病床を医療区分とADL区分により分類するものである。

ADL分類は、ベッド上の可動性・移乗・食事・トイレの使用の4項目を0~6点で点数化し、その合計で分類する。0~10点はADL区分1、11点~22点はADL区分2、23~24点はADL区分3となる。

また、認知機能障害は、CPS(Cognitive Performance Scale)分類を使って、「あり」「なし」を分ける。「あり」の場合は、ADL区分1の医療区分1と2に加算が付く。これは、ADLが比較的良く、認知障害がある場合、徘徊・暴力等のため手のかかる場合が多いからである。

問題は医療区分の項目である。ここにある医療区分2、3の疾患・状態・医療処置からはずれると医療区分1になってしまうため、極めて重要な項目選定である。

2005年度調査は、前回の調査協力病院からの調査結果を、前回、7月の中医協基本小委に提出した分類案にもとづいて患者を分類した。その結果を調査協力病院に郵送し、各々の区分が妥当であるかということ調べる妥当性調査である。

また、感染症等の場合、自院で治療するか転院させるかという質問、医療療養病床の役割等を聞く調査も合わせて行った。

その結果、前回分類案の区分項目は7~8割が妥当であるという回答が得られ、また、感染症(肺炎・尿路感染症等)は自院で治療するという病院が8割程度認められた。この結果は極めて重要である。

前回の分類方法・分類案には妥当性があるという結果であると同時に、多くの医療療養病床において感染症等の場合、仮に持ち出しになったとしても抗生物質等によって自院で治療しているという実態が判ったからである。これらの結果を受けて、さらに妥当性のある分類項目の選定を行っていった。

その結果が、今回、分科会で承認された案である。まず、最も医療重度である区分3の疾患・状態は「医師及び看護師による24時間体制での監視・管理を要する状態」となった。前回は「常時監視を要する状態」であったが、内容が不明瞭という指摘が多く書き換えられた。

また、区分3の医療処置には「24時間点滴」「感染隔離室におけるケア」が加えられ、「意識障害のある気管切開・気管

## 慢性期の状態・処置を分類

医療療養病床は現行包括下でも急性発症に対応している

医療保険・診療報酬委員長 慢性期入院包括評価分科会委員 猪口雄二



▲11月2日の慢性期分科会で挨拶する池上分科会長(慶大医学部教授)。丸枠の写真は左から大塚直夫、猪口雄二(全日病常任理事)、木下毅(同)各委員

内挿管」は「発熱のある気管切開・気管内挿管」に書き換えられた。なお、発熱を伴わなくても「気管切開・気管内挿管」は区分2になる。前回区分2になっていた「酸素療法」はSiO<sub>2</sub>90%以下という条件付で区分3になった。

医療区分2の疾患・状態は、「肺気腫/慢性閉塞性肺疾患」(Hugh-Jones・度)の他、感染症である「肺炎」「尿路感染症」「創感染」が加えられ、「脱水」「体内出血」「頻回の嘔吐」「うつ血性潰瘍」も加えられた。そして、問題行動として、「せん妄の兆候」「うつ状態」「暴行がみられる状態」が加えられた。

また、医療処置には「発熱又は嘔吐を伴う経管栄養(経鼻・胃瘻等)」の他「皮膚潰瘍のケア」「手術創のケア」「創傷処置」「足のケア」が加えられた。一方、リハビリテーションは発症30日までとなった(それ以降でも現行の出来高制は残ると思われる)。

臨床的にはかなり多くの状態・医療処置が認められたことになる。また、前回中医協の議論で、感染症は急性疾患だから入れないように指示されたが、妥当性調査の結果、多くの病院が自院で感染症に対応していると回答したことにより、感染症に係る状態・処置が加えられたことは喜ばしいことである。

今後は、11月下旬もしくは12月に入ってから中医協に報告される。多少の手直しはあったとしても、基本骨格はこの案になるであろう。その先には区分毎の点数設定があるが、これは分科会ではなく、中医協の作業である。

何とか時間ぎりぎりでもまとまった状態像による分類案であるが、実際には前途多難である。「医療制度構造改革試案」によれば、2006年10月からは「食費・居住費」の自己負担の導入、さらに、支援措置によって「療養病床」から「居住系サービス」への病床転換を行うことが明記されている。

いくら分類案を作っても、最後には有料老人ホームになるのならまったく意味がない。しかも、これは中医協での議論ではなく、社会保障審議会医療保険部会・医療部会での議論となる。

まさに行先不透明であるが、我々としては正論を通すしか方法はない。なぜなら、長期に渡って入院医療を要する患者は、現在、一般病床にも180日除外規定等を使って数多く存在すること、介護施設(特に特養)にも胃瘻・気管切開・頻回の喀痰吸引などの医療処置を必要とする利用者が多く存在すること、医療療養病床は、現在のほぼ一律点数ゆえに対応に限界があることなどの現状を考えると、今回の状態像による分類案

が実用化されることによって早期に医療療養病床の患者像は変化するはずだからである。

それは、介護保険開始の時に手上げ方式で介護保険に移った結果、同じ状態像の患者が医療と介護に分けられてきたという現在まで続いてきた問題を解決し、急性期病床・亜急性期病床・慢性期病床・介護施設という機能分化が明確になることを意味する。

その結果、急性期病床は急性期により特化できることになり、また、介護

施設はより介護中心の施設になる。医療療養病床の存在意義が問われている現在、単にその存在を守るためではなく、日本の病院・介護施設の機能分化に寄与するという観点から、その存在意義を示すことが重要である。今回はそのための絶好のチャンスであるとともにラストチャンスである。

### 医療区分の分類案

医療区分1	医療区分2	医療区分3
医療区分3、2に該当しない者	医療区分3に該当しない者のうち以下のいずれかの条件に該当する者	以下のいずれかの条件に該当する者
	【疾患・状態】 ●多発性硬化症 (ADL11以上) ●パーキンソン病関連疾患 (ADL11以上) ●その他神経難病 ●神経難病以外の難病 ●脊髄損傷 (四肢麻痺がみられる状態) ●肺気腫/慢性閉塞性肺疾患 (COPD) (Hugh Jones V度の状態) ●疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ●肺炎 ●尿路感染症(「発熱」,「細菌尿」,「白血球尿 (>10/HPF)」の全てに該当する場合) ●創感染 ●リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ●脱水(舌の乾燥、皮膚の乾燥の両方ともみられるもの) ●体内出血(持続するもの(例)「黒色便」,「コーヒ残渣様嘔吐」,「咯血」,「痔核を除く持続性の便潜血陽性」) ●頻回の嘔吐(1日1回以上を7日間のうち3日以上) ●褥瘡(2度以上又は2箇所以上) ●うつ血性潰瘍(末梢循環障害による下肢末端の開放創:2度以上) ●せん妄の兆候 注1 ●うつ状態 注2 ●暴行が毎日みられる状態 【医療処置】 ●透析 ●発熱又は嘔吐を伴う場合の経管栄養(経鼻・胃瘻等) ●喀痰吸引(1日8回以上) ●気管切開・気管内挿管のケア ●血糖チェック(1日3回以上の血糖チェックを7日間のうち2日以上実施) ●皮膚の潰瘍のケア ●手術創のケア ●創傷処置 ●足のケア(開放創、蜂刺・腫等の感染症)	【疾患・状態】 ●医師及び看護師による24時間体制での監視・管理を要する状態 【医療処置】 ○中心静脈栄養(消化管異常、悪性腫瘍等により消化管からの栄養摂取が困難な場合) ●24時間持続点滴 ●レスピレーター使用 ●ドレーン法・胸腔洗浄 ●発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管のケア ●酸素療法(安静時)睡眠時、運動負荷いずれかでSiO <sub>2</sub> 90%以下) ●感染隔離室におけるケア

注1)「せん妄の兆候」は、以下の6項目のうち「この7日間は通常の状態と異なる」に該当する項目が1つ以上ある場合とした。

a. 注意がそらされやすい/b. 周囲の環境に関する認識が変化する/c. 支離滅裂な会話が時々ある/d. 落ち書きがない/e. 無気力/f. 認知能力が1日の中で変動する

注2)「うつ状態」は、以下の7項目の回答点数(1点:3日間のうち1~2日観察された/2点:3日間のうち毎日観察された)の合計が4点以上の場合とした。

a. 否定的な言葉を言った/b. 自分や他者に対する継続した怒り/c. 現実には起こりそうもないことに対する恐れを表現した/d. 健康上の不満を繰り返した/e. たびたび不安、心配事を訴えた/f. 悲しみ、苦悶、心配した表情/g. 何回も泣いたり涙もろい

### 患者分類別(11分類)の患者数構成比 (%)

	ADL区分3	ADL区分2	ADL区分1	注4.6	注1.9	
	42.5	13.9	18.9	9.8		
	29.4	16.7	11.2	1.5		
	28.1	15.0	5.3	1.4		
	50.2	37.2	12.6			
	医療区分1	医療区分2	医療区分3			

注:認知機能障害加算該当者の割合



# 複数科受診は一定算定。300床で区分か?

## 基本小委 初診は引上、再診は引下。病診格差は是正の方向

11月9日の診療報酬基本問題小委員会は、次期改定のテーマとして外来医療評価の見直しを取り上げた。麦谷医療課長は、初診料を引き上げる一方、再診料については引き下げる方向での見直しを示唆。コンサルティングフィーの導入も検討する考えを明らかにした。

病診格差については是正する方向での見直しを提起する一方、大病院に対する紹介状を持たない患者に関しては、初再診料とも全額を選定療養とする考えを選択肢の1つに上げた。

また、同一日の複数科受診について

は、受診全科には至らない範囲で初再診料の算定を認める方針を提示した。さらに、200床区分に関しても見直しを提起。300床という新たな区切りを想定していることを示唆した。

同日の基本小委は生活習慣病対策も取り上げた。その中で、指導管理料や検査等における分かりにくい項目名称の改正を提起。また、生活習慣病指導管理料の要件である療養計画書を、手帳形式にして内容の充実化を図る意向を示した。さらに、禁煙指導を保険対象とする考えを明らかにした。

系患者と比較して時間を要することを明らかにしている。については、神経内

科を専ら担当する医師の初診の評価のあり方を検討してはどうか。

### 生活習慣病対策について 11月9日 基本小委資料から

●高脂血症、高血圧症、糖尿病等への指導に対する評価のあり方  
薬よりもむしろ運動習慣の徹底と食生活の改善を基本とする考え方に沿ったものとするを検討してはどうか。具体的には、①生活習慣病指導管理料に包括されている投薬費用のあり方を検討してはどうか。②療養計画書の様式変更を検討してはどうか。③指導管

理料のあり方を検討してはどうか。  
●禁煙指導に対する評価のあり方  
禁煙を希望しながら、離脱症状が強く達成しがたい患者指導の評価を検討してはどうか。  
●がん診療拠点病院の評価のあり方  
がん診療連携拠点病院入院患者のうち、悪性腫瘍と診断された患者の治療を評価してはどうか。

### 外来医療に係る評価体系の論点 11月9日 基本小委資料から

- 外来の評価を見直してはどうか
  - ①初診料を適正に評価する。
  - ②再診料等のあり方を根本的に見直すとともに適正に評価する。
- 病院・診療所外来評価格差について
  - ①初診料  
大病院と診療所及び中小病院等の初診評価のあり方を検討してはどうか。また、大病院の紹介なし受診は患者の選択に係るものであり、診療に係る費用は患者が負担すべきであるという考えもあることを踏まえ、その評価のあり方を根本的に見直してはどうか。
  - ②再診料等  
再診料等も初診料の場合と同様の観点から検討してはどうか。

- 同一日の複数診療科受診について  
同一医療機関における同一日の複数診療科受診について、評価のあり方を検討してはどうか。  
仮に新たに評価する場合、安易に他科受診を勧奨する可能性を必ずしも否定できないこと等にも留意することとしてはどうか。
- 大病院の病床規模について  
中小病院と大病院を区ける病床規模のあり方も検討してはどうか。
- 神経内科疾患患者の診療の評価について  
医療技術評価分科会「内科系外来技術の難易度及び時間に係る調査」は、神経内科疾患患者の診察は、他の内科

## 介護給付費分科会 短期療養に「緊急入所」「日帰りショートステイ」を提案

厚生労働省は11月2日の介護給付費分科会で、短期入所療養介護が、①介護者の利用調整を行う事業所間で連携した窓口の設置、②24時間受付可能な体制の確保をそれぞれ加算評価する考えを示した。利用期間は原則7日以内とし、緊急入所には超過定員減算の適用を緩和する。

また、③在宅の中重度者やがん末期患者を対象に、レスパイトを兼ねて医療の提供を行なう日帰りショートステイを実施する方針を提案した。従来サービスとは単位を分けるとともに、主治医、訪問看護との連携を行なうことが要件となる。

訪問看護については、①緊急時訪問が早朝・夜間、深夜に及ぶ場合に加算を算定する、②ターミナルケア加算の要件を緩和する、③特別管理加算に処置の難易度等を反映させる、④言語聴覚士による訪問を評価することなどを、さらに、訪問リハについても、①退院・退所直後の短期・集中的なリハを高く評価する、②利用期間による減算を導入する、③言語聴覚士による言語聴覚療法、嚥下訓練を評価することなどを提案した。

さらに、特定施設に高齢者向け賃貸住宅を加える案も示した。

# 指導管理料・検査等を分かりやすく再編

## 診療報酬改定基本方針 医療課が方向提示。連携体制評価、DPC 拡大を挙げる

厚生労働省保険局医療課は、11月10日の医療部会と医療保険部会に「2006年度診療報酬改定の基本方針について」と名づけた資料を提示、両部会に対して2回目のレクチャーを行なった。

ペーパーは、改定基本方針は医療費適正化の考え方にそって組み立てられるべきという観点を随所で打ち出している。また、「I. 総論」で、「点数による誘導を止め、制度施策の補完が診療報酬の役割であるという考え方を基本とする」(麦谷医療課長)という理念をあらためて表明した。

これは、外来点数の病診格差や特定療養費化による受療行動の誘導が逆の結果に出ていることなどへの反省がベースにあるが、同時に、医療計画、健康増進計画、介護保険事業計画など診療報酬点数大臣告示よりも上位施策に裏づけられた医療費配分とする、すなわち医療費適正化の方策の実現手段として改定を実施するという宣言でもある。

同時に「総論」で、「医療政策の基本方向に沿わない医療」は「混合診療」に組み込む方針を明記。麦谷課長は、「これは保険から外すという論旨ではない。(ただし)患者の選択によるものは保険外としてできるようにしてもよいのではということだ」と釈明した。来年10月に創設される、保険併用の新たな

制度に向けた環境整備を今改定で大幅に行なう意図とも向けられる。

医療課による巧妙な議論誘導に対して、医療部会は、いまだ本格的な議論を展開できないでいる。「両部会でどういう意見集約を図るのか」「事務局として議論を引っ張るペーパーは出ないのか」といった手順にこだわる委員もいるなど、広範な議論範囲と慣れないテーマに戸惑う委員が多く、発言も手探りの状態。医療保険運営は管轄外の医政局も、まさに局外者として議論を傍観せざるを得ない恰好だ。

これに対して、保険者や自治体の委員が多い医療部会は積極的発言が多い。しかし、百家争鳴、我田引水の色合いが濃く、細部にわたる意見は出るものの、医療の質、安全、疾病構造やニーズを反映した提供体制を担保する改定理念を模索する発想はほとんど見当たらない。

深まらない議論を前に、医療課は「初めてのケースでもあり、両部会の議論の赴きにおまかせしたい」と、中医協在り方方識者会議の場合とは違って、「安心して」議論を見守る姿勢でいる。

残すところ1回の議論、計3時間の審議で、医療課が用意する「基本方針案」にそって意見書の取りまとめが図られる公算が強い。

本方向を明確にすることなく診療報酬で誘導するのではなく、医療政策の基本方向に沿って個々の点数を設定することを基本とするべきではないか。(編集部注：点数による誘導を止め、制度施策の補完を改定の基本とする)

○医療政策の基本方向に沿わない医療は、点数の適正化を行なうだけでなく、患者の選択に係るものは保険外との併用を認めることにより、応分の負担をしてもらうことも含め検討してはどうか。

II. 各論  
論点④ 患者に分かりやすく、生活の質を高める医療実現の評価のあり方  
【考えられる具体的視点】  
○患者に分かりやすい体系とする視点から見直しを進めてはどうか。診療報酬の中には、提供されていることを分からないまま費用だけ負担しているものもあるという指摘もあり、診療報酬項目の名称等の位置付けも含めて点検を行なってはどうか。(編集部注：指導管理料、検査等を例示)  
○内容が分かる領収書の発行ができるよう、診療報酬体系を分かりやすくする取り組みと併せ、領収書発行の義務化を含め、これを強力に推進する方策を検討してはどうか。  
○生活習慣病等の重症化予防を推進する方策を検討してはどうか。

高齢者が住み慣れた家庭や地域で療養と生活を送れるよう、また、在宅で最期を迎えることも選択できるよう支援体制の構築が必要ではないか。

【考えられる具体的視点②】  
在宅への円滑な移行を図り、介護保険との役割分担の下、24時間診療ができる在宅医療や終末期医療の対応に係る評価のあり方を検討してはどうか。

【考えられる基本的視点③】  
医療資源の集中的投入で、平均在院日数短縮を図ることが必要ではないか。

【考えられる具体的視点③】  
平均在院日数短縮に資する入院医療評価のあり方や、DPC対象病院の拡大等を検討してはどうか。

【考えられる基本的視点④】  
病院・診療所の機能分化・連携を推進することが必要ではないか。

【考えられる具体的視点④】  
○初再診料など外来医療評価のあり方を検討してはどうか。  
○新しい技術は適切に保険導入を図っていくことが必要。その際に、保険導入手続の透明化・明確化に十分配慮することにしてはどうか。

論点⑥ 今後重点的に対応していくべき領域の評価のあり方  
【考えられる具体的視点】  
○産科、小児科、救急医療等は、医師の偏在から、地域に必要な医療が確保されていないとの指摘も踏まえ、これら診療報酬の適切評価を検討してはどうか。  
○IT化を集中的に推進していく方策も検討してはどうか。

論点⑦ 医療費配分の中で効率化の余地がある領域の評価のあり方  
【考えられる具体的視点】  
○状態に応じた慢性期入院医療、入院時食事、不適切な外来頻回受診の抑制、コンタクトレンズ診療等における不適切な検査の適正化、かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局の本来のあり方等各評価のあり方を検討してはどうか。  
○後発医薬品使用促進のための環境整備の方策を検討してはどうか。  
○医薬品、医療材料、検査等の「もの代」は、市場実勢価格等を踏まえた適正な評価を進めることにしてはどうか。

## 領収書義務化、頻回外来の抑制、IT化集中推進も

「2006年度診療報酬改定の基本方針について」(概要) 11月10日の医療部会・医療保険部会に提示

- I. 総論  
論点① 今後の基本的な医療政策の方向性 略  
論点② 2006年改定基本方針の視点から整理することにしてはどうか  
【考えられる視点】  
①患者に分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点。  
②医療機能の分化・連携を推進する視点。

- ③我が国医療で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価のあり方を検討する視点。  
④医療費配分の中で効率化余地がある領域の評価のあり方を検討する視点。  
論点③ 医療政策の基本方向と具体的点数との関係の整理  
【考えられる視点】  
○点数設定に当たって、医療政策の基

- 論点⑤ 医療機能の分化・連携推進の評価のあり方  
【考えられる基本的視点①】  
急性期、回復期、慢性期、在宅療養へ切れ目のない医療の流れを作り、患者が早く自宅に戻れるようにすることで患者のQOLを高め、かつ、トータルな治療期間(在院日数を含む)が短くなる仕組みを作ることが必要ではないか。  
【考えられる具体的視点①】  
地域における疾患ごとの医療機能連携体制に係る評価のあり方を検討してはどうか。  
【考えられる基本的視点②】

緊急鼎談 ● 介護療養型の課題を探る 10月改正の影響と来年4月改定の展望

# 介護療養型の報酬構造を大きく変える?

### 11月25日に提示。医療療養との関係で介護療養の位置づけを見直す!

食費・居住費負担に伴う施設報酬の見直しは10月1日に施行された。現在のところ大きな反響は出ていないが、介護療養型医療施設の間には様々な反応が生じている。情勢は休む間もなく、来年4月の介護報酬改定に向かっている。11月25日の介護給付費分科会には、介護保険3施設の改定の考え方が提案される。

厚生省「改革試案」には、医療保険療養病床の病床転換という政策誘導が提起されたが、参酌標準の下、介護療養型医療施設も、枠の削減や施設間競争を介して市場からの撤退に追い込まれる可能性が否定できない。各施設に意識改革と体質改善が求められている。

三浦老人保健課長を交え、10月施行の影響を総括するとともに、制度改正の下で迎える2006年度介護報酬改定の方向について模索した。

出席者 厚生労働省老健局老人保健課長 三浦公嗣  
 全日本病院協会副会長 安藤高朗 (広報委員長)  
 // 常任理事 木下 毅 (介護給付費分科会委員)

安藤 食費・居住費負担に端を発する施設報酬の見直しは、やはり、各病院に大きな影響を与えています。実は、10月施行の影響を探ろうということでも、病院長と患者さんの両方を対象に、木下先生が会長を務める日本療養病床協会と全日病とが共同でアンケートを実施しました。残念ながら、この鼎談までに集計が間に合わなかったで、書き込みの意見部分を一部抜いてもってきました。

ショックなところでは「介護療養型を止めた」という事例もあります。「年金暮しなので払えません」という患者さんの切実な声も、直筆で届いています。

木下 11月10日締めで請求を国保連に送り、それからご家族に請求を起こしますから、本格的な反響は今頃から出始めるのではないのでしょうか。

安藤 例えば、私のところの老健では、自己負担の痛みが直撃する4段階以上が3分の2を占めています。そこで、負担増を少しでも吸収しようということになり、日常生活の実費徴収額を減らすことにしました。減収分をすべて患者に転嫁するわけにはいきませんからね。

世帯分離を勧めた結果、4段階以上が2~3割に減ってしまっただけで深刻な減収だという病院もあります。高額所得の方が多いとみられていた、都内のある病院では、新3段階までの患者が4分の1もいるというのでビックリしました。これも世帯分離の結果です。厚生労働省には、こうした声は届いていないのでしょうか。

三浦 多数の電話が来ているという状況ではありませんが、各地で何うか

りでは、利用者の方々からは「止むを得ない」という反応が多いと聞いています。今回の見直しでは、補給給付として、低所得の方にはできるだけ配慮したつもりですから、ある程度ご理解いただいているのかなとも思っています。もっとも、これからも利用者の声には耳を傾けていく必要があると思います。

施設側の声としては、利益率としてはそれなりの結果が出ているものの、今回の改定によって、大きな返済を抱えているところではキャッシュフローに影響が出るというご指摘をいただくことはあります。しかし、制度上、介護報酬は平均的なコストに基づくものとされていますので、私どもとしてはコストの面から報酬を考えざるを得ません。

経営の個別状況で異なるキャッシュフローへの影響を、介護報酬の判断に織り込むことはできないということはお理解いただく必要があると思います。

安藤 しかし、各施設とも舵取りに苦勞しているのは事実です。中には、居住費を高めに設定した施設もあります。来年4月の改定で報酬引き下げが生じた時に、再度、値上げをお願いするわけにはいかないという自己防衛なわけですね。

三浦 考え方としては半年前倒して施設報酬を改定したということですが、したがって、今回の報酬改定の影響についても、その状況を把握した上で、4月改定の際に勘案することになっています。

木下 厳しい改定を先取りしたということかな。

三浦 いえ、前倒しです。

もある。(笑)

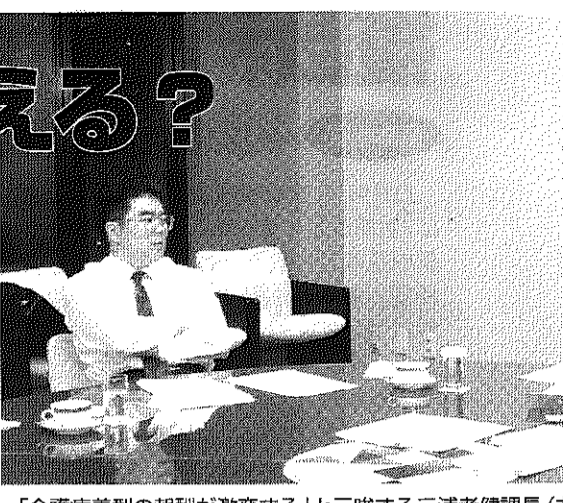
三浦 それはどうでしょう。病院全体としてはそれなりの利益がある。介護部門は、他の2施設よりは少ないが、それなりの利益が出ているという構造ではないのでしょうか。10%なりの利益があるというのは、病院の中でもかなりの水準ですよ。この相場感はどうですか。

木下 それは、次の改定は厳しいぞということですか。(笑)

三浦 三浦 はいえ、まだ、水準をどうのこうのと言えない段階ではありません。少なくとも、10月前の介護療養型医療施設は、全体としては安定していたという事実認識の問題です。

安藤 しかし、拡大再生産はともかく、現状を維持するには3~5%というのが必要な水準ではないのでしょうか。

三浦 そこは、それこそキャッシュフローの状態で異なるのではないのでしょうか。経営指標として一概には言えないのでは。



「介護療養型の報酬が激変する」と示唆する三浦老人保健課長(左)

安藤 その意味では地域格差という要素も無視できません。食費ひとつとっても大きいものがあります。

三浦 それと人件費の変動、つまり人件費比率の問題があります。景気回復局面に入りつつあるとはいえ、各地で人の確保に苦勞しているという話を聞きます。介護報酬はこれから生じる可能性のある事態を見込んで決められるものではなく、その時点の実態との乖離を見直すわけです。これから人件費が上がるということを見越して引き上げるといわけにはいかないというのが一般的な考え方だと思います。

### 介護の評価とは? 全人的ケアの成果を広げる

木下 しかし、介護の人件費は、まだ、仕事に照らして安いのが実状ではないのでしょうか。

三浦 そこは重要な問題ですね。介護では、従業者の質が確保されないと、様々な問題が生じます。

木下 おっしゃる通りで、経営としても問われるところですね。

三浦 問われると思います。これまでは構造設備という面が前面に出てきましたが、これからは、看取りを含め、ご利用者の人権と尊厳を理解してどういう介護を実践していくかというプロセスも評価されることになるのではないのでしょうか。

木下 それぞれに現場では一所懸命に取り組んでいると思います。しかし、それを適正に評価する方法が難しいですね。

三浦 決して、何もかもマニュアルが必要と言うつもりはありません。しかし、何かあったときにきちんと対応できるルールというか、一種のスタンダードが共有されていく必要があるのだらうとは思っています。近々、日本療養病床協会さんの全国研究会東京大会が開かれますが、そこで発表される事例が、単なる成功事例に終わるのではなく、全国に定着して行く何らかのムーブメントとなってほしいものです。

この面では、医療施設である介護療養型医療施設が高齢者の生活にどのように貢献するかと言うことがより厳しく問われてくると思います。急性期では平均在院日数という指標があって、

ひとつの決着が求められる。残念ながら、そこでは、患者の生活とか価値観を反映したケアを提供する実態になっていない場合が多いかもしれません。しかし、介護療養型では、全人的な視点からの看護・介護を通じてそうした質を獲得できる可能性があると思います。それが、医療療養型へ広がり、回復期リハビリテーションへ、そして急性期にも影響を及ぼしていくことを期待したいと思います。

私は、かつてホスピスの設立にかかわったことがあります。そのときに、治療に務めたものの根治に至らず、その結果、突然にホスピス・ケアが提供されるのではなく、治療の初期の段階からケアを通して患者の人生観や価値観の反映に努め、厳しい状況を迎えたときに、自然の形でそれを受け入れてホスピスに移っていくことの重要性を認識させられました。

看護・介護は、本当に人間的な関係にもとづいた、人間的な営みでありプロセスでなければなりません。そして、このような考え方、つまり、治療を通して生活とか人間性と向き合っていくという努力は、本当は急性期にも求められるものではないのでしょうか。

したがって、療養病床が医療の文化を変えていくということに期待したいです。患者とともに歩む医療という点では、療養病床が一番先を歩んでいるという自負を働いている皆さんにもっていただいて、こうした考えを他の病床にも広げていってもらいたいものです。

### 介護療養型の位置づけとは? ケアマネジメントの存在

安藤 木下先生を初め、私たちがこの間取り組んできた維持期のリハとか口腔ケアといった各種ケアの実践は、介

護予防であるとともに、患者の価値観を認め、生きる尊厳を回復する協同の闘いでもあったということは事実です。

### 介護と医療の依存性とは? 収支評価の特殊性

木下 経営実態調査の結果は間もなくでるわけですね。

三浦 今年の5月段階、つまり10月改定の影響がない状況での実態調査結果と10月施行の影響を含めた緊急調査結果の2つが出るようになっていきます。

木下 前回調査では介護療養型医療施設は3%ほどの収益でした。今回の食費1,380円の計算だと3%減収とみられていますから、収支トントンになるのでは。

三浦 しかし、病院全体の収支という点ではどうでしょうか。

木下 いや、医療保険でも下げられますから、介護も利益が出ているからといって下げられたらダブルパンチになります。(笑)

三浦 病院は医療と介護とが完全に切り分けられるわけではありません。やはり、医療保険に関する収支という面と介護保険を含めた全体の収支の両方から見ていくことが必要なのではないのでしょうか。

木下 切り分け方によっては、実は、介護は3%どころか1%だという可能性

## 第15回医療経済実態調査結果(速報)から ※1面記事を参照

### ■定点的観測手法を用いた調査の試行結果(一般病院) 1施設あたり収支(単位:千円)

	全体		医療法人		公立		個人	
	収支	増減率	収支	増減率	収支	増減率	収支	増減率
医業収入	334,999	4.2%	160,296	3.8%	584,814	4.4%	29,796	-13.5%
医業費用	343,790	4.5	159,790	6.0	633,334	5.0	29,089	-12.0
医業収支差額	-8,791	-18.3	506	-86.3	-48,520	14.0	706	-49.6
総収支差額	2,093	76.6	1,193	-61.4	1,770	-74.4	773	-39.8

(注) 介護保険事業収入のない一般病院の集計。%は03年6月調査に対する伸率の比較。

### ■1施設あたり従事者数の比較(一般病院) 単位:人

	医療法人				公立			
	03年6月		05年6月		03年6月		05年6月	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
医師	11.1	2.6	8.9	2.8	44.9	0.0	42.1	7.5
薬剤師	3.8	0.1	3.5	0.1	10.0	0.6	9.4	0.6
看護職員	70.0	3.6	59.6	3.9	224.2	12.4	202.4	15.1
看護補助職員	18.1	1.7	17.8	1.9	5.9	6.5	6.5	6.6
医療技術員	19.3	0.7	18.3	0.5	40.1	2.7	37.0	2.8
事務職員	18.7	1.8	16.4	1.5	23.0	6.2	20.7	5.4
全体	149.9	11.8	131.8	12.0	362.4	41.4	329.9	41.7
平均病床数	132		127		334		314	



緊急鼎談 ● 介護療養型の課題を探る 10月改正の影響と来年4月改定の展望

# リハを再編。定型からチーム・病棟・生活空間へ

## プロセス・アウトカムの視点で臨む。病院ケアマネジメントを重視



左から。それを問いただす安藤副会長(中) 木下常任理事(右)。

**木下** それは、例えば栄養ケアマネジメントにしても、本来はケアプランに入っているのですから、やっつけて当然のことではあるのです。

**三浦** そのときに大切なことは、先を歩んでいる人が後に続く人たちにそれを伝えていくというシステムを、どう生み出していかなくてはならないでしょうか。そうした志しが、介護だけでなく医療をも変えていくことにつながるのだろうと思っています。介護療養型医療施設は、その介護と医療の狭間にあって、まさに重要な位置にいると考えます。

**安藤** そういう意味では、成功報酬もひとつの動機づけとして意味があるかもしれません。

**三浦** それもひとつの見識でしょう。しかし、最後は、利用者が満足して頂くことが重要です。たとえ在宅復帰に至らず、そこで亡くなられたとしても。

介護を受けながらも人間として生活する空間が、たまたま病院であったり、特養あるいは老健であるということです。確かにそれぞれの施設基準は異なるでしょう。でも、介護としては共通です。今は施設の類型が前面に出すぎているのかもしれない。しかし、ケアがめざすべきものの自体は同じです。ケアの質をめぐってよい意味で競争が行われ、先をゆく人達のノウハウが広まっていくシステムこそ必要であると思います。

**安藤** そのためには、一人一人の異なるニーズを受け止めた個別ケアに取り組まなければなりません。

**木下** そう、ケアプランの問題です。

**三浦** この問題でいえば、介護療養型医療施設のケアマネジャーが、利用者一人一人に向き合うプロセスでどういうケアを提供するのか、利用者の立場

からサービスの調整ができる能力が求められると思います。

**木下** しかし、現状では介護療養型医療施設のケアマネジャーは、いるだけの存在になってしまっている。例えば、医療相談員との調整ができていない面があります。

**三浦** そこなんです。介護保険はケアマネジメントを行なうという思想で設計されています。確かに制度創設時に、ケアマネジャーが必要とされたから配置したかもしれない。しかし、それから5年をへて、その役割を明確にしていける時期にきているのではないのでしょうか。その結果、「これだけ満足度の高いケアは医療療養病床ではできない。介護療養型にケアマネジャーがいてよかった」というようにしていただきたいのです。病院ケアマネジャーの活躍をもっとみたいものです。

**木下** 同感です。研修ひとつみても、病院のケアマネジャーは在宅ケアの勉強をしています。

**三浦** ケアマネジメントの重要な仕事は在宅ケアであることは事実です。しかし、利用者が置かれている生活空間の中で、どのように、利用者のニーズと価値観に基づいて以前のような生活に戻れるのかを理解し、それをめざしたケアを設計するという点で、実は、施設も在宅も変わりはないはず。そして、それが実践できていれば、看護・介護に対して、患者は満足もし、納得もするのではないのでしょうか。

大切なことは、こうしたケアマネジメントがあるかないかが、医療と介護の療養病床の重要な違いのひとつであるということなのです。

**木下** ただし、介護療養型から上げていく上では、慢性期における医療相談員との機能の違いを整理していかなければなりません。

**三浦** そのとおりです。この点についても関係者の間で十分に議論していただきたいと思っています。

ところで木下先生にうかがいたいのですが、慢性期のリハビリテーションについて、どのようにお考えですか。

### 慢性期のリハとは？ チームで病棟で取り組まれるべき

**木下** 急性期、亜急性期と続くリハを慢性期で断つわけにはいきません。患者の尊厳を支え、在宅復帰と安定した在宅生活を目指すためにも、継続的に取り組めるリハは介護の下でも追求されるべきではないでしょうか。

**安藤** やはり介護予防という面からも維持期リハは重要です。PT、OTに依拠したリハは介護療養型においても取り組まれるべきではないでしょうか。

**三浦** 医療保険におけるリハビリテーションが大きく変わる方向で議論が進んでいると聞いています。そうすると、介護においても、特養、老健、介護療養型とも見直しが避けられないでしょう。介護療養型にリハは必要でないとい

は考えていません。問題はどうか見直すかです。

医療保険におけるリハビリテーションは、筋力や関節可動域を高めたりして回復を早めることを目標として進められがちですが、介護保険でのリハビリテーションは、基本的には、食事ができる、排泄ができる、さらには自宅で過ごせるといったように、生活を創っていくという目的にそってなされるものであるべきと考えます。24時間の生活に密着して実施されるリハビリテーションであるべきであり、PT、OT、STによって機能訓練室や作業療法室で取り組まれるだけでなく、ベッドサイドでも行なわれ、さらに、看護・介護

の関係者もリハビリテーションに関する同一の目標に向かって協働するという体制がとられていることが理想です。

そのために、どう見直したらよいか、ただ今思案中というわけです。

**安藤** PT、OTだけにまかせるのではなく、看護や介護の人たちも参加したリハを、まさに、生活のいろいろな局面で実践しようということですね。

**三浦** それもあります。さらに、何のためにリハビリテーションを行なうのかが利用者自身に理解されることが重要です。関節や筋肉を使うのは箸が使えるようになるためであり、それができれば食事が自立することや、歩行訓練は自力でトイレにいけるようになるためだというように、1つ1つの行為の目的が自分の生活とのかかわりで明確に設定されれば患者の受け止め方も違ってくるし、それこそ日常生活の中で、看護・介護の関係者の手で可能となります。

**木下** 時間で決められた定型的なリハを止めると。しかし、介護療養型からリハがなくなることはないということですね。

**三浦** 時間で設定するかどうかは別にして、生活に視点を置いたリハビリテーションが進む方法を検討する必要があります。リハビリテーションが人間の復権をめざすのだとしたら、それは介護保険全体の思想と一致するわけで、PT、OT、STが特定の時間に

取り組むという狭い意味のリハではなく、介護サービス全体の中で追求されていくべきではないだろうかと思っています。

**木下** いわばチームとしてのリハということになると、スタッフ全体の配置を評価した底上げが望まれますが。

**三浦** ただ、この時代、漫然とした報酬から、1つ1つに意味がある、説明ができるメリハリのついた報酬に形を移していくべきではないでしょうか。

**木下** ここでも、やはり、どういう基準で評価するべきかというテーマが浮上します。

**三浦** 人員配置などの体制に対する評価だけでなく、プロセスという視点を加味して、総合的な評価にするべきという考え方もあります。それから、決して成功報酬という意味ではありませんが、アウトカムも視野に取めた報酬体系も求められるかもしれません。

**安藤** そうすると、リハの再編成が重点ということになるわけですね。

**三浦** その前に、介護保険3施設をどう位置づけるのかというテーマがあります。特養と老健は介護保険の中でしか生きていけません。収入は介護報酬のみです。その点、介護療養型は医療保険、介護保険という融通性があります。やはり、療養病床をどう評価するかというテーマは避けて通れません。

**安藤** 喉元まで本音が出かかっていませんね。(笑)

### 介護療養型はどうあるべきか？ 機能分化から選択肢が

**三浦** 逆に伺いたいのです。先生方は、介護療養型はどうあるべきかという絵をお持ちですか？あるいは、どういう方向に向かっていくことになるのでしょうか。皆さん同じ方向でしょうか、それとも各施設で違うことを考えているのでしょうか。

**木下** 長期療養という基本は変わりませんが、リハビリテーションの効率的な提供が重要なテーマとなります。それと、在宅が増えて行く中で、やはり、在宅支援の機能に傾注していくことになるのではないかと。短期入所もそうだし、包括支援センターとか、在宅へ出て行くという点も大事な領域です。病院で培ったノウハウや豊富な人材を抱えていますから。

**安藤** 医療、介護いずれかの決断が必要ではないでしょうか。医療を選ぶのであれば、特殊疾患、回復期リハあるいは亜急性期と統合していったって、急性期の受け皿に特化していくべきではないでしょうか。介護を選ぶのであれば、特養、老健と合わせて機能を再分担を図る道を模索していくべきですね。

**三浦** つまり、介護療養型としての機能分化ですね。

**安藤** 先日の厚労省「改革試案」は大変に厳しい内容です。病床転換ということで、療養病床の脱医療施設化が示唆されています。しかし考えてみると、

病院転換型有料老人ホームというの、今後は、1つの選択肢になるのかもしれませんが。老人ホームに訪問看護ステーションやクリニックを併設するという発想があるのであれば、病院との併設も認められてしかるべきです。そうなれば移ってくる病院はだいぶ出てくるのではないのでしょうか。

**三浦** ということであれば、いずれにしても、居宅系だけでなく、施設の側にも選択肢が増えてくることは言えるでしょうね。

**安藤** 先ほどから、4月の介護報酬改定がかなり厳しくなることをうかがわせる発言が続いています。初めてのダブル改定でもあり、肝胆相照らす中として、医療課との間では相当の連携作戦を仕込み済みなのではないですか。(笑)

**木下** 11月25日の介護給付費分科会に施設報酬のフレームが提示される予定です。かなり激変の可能性もあることでしょう。しかし、我々としては、これを契機に、さらなる意識改革を進め、介護の質とサービスの上で利用者の信頼を獲得するしかありません。

**三浦** 当日に何を提示するにしても、問題提起として、議論の入り口に過ぎません。限られた時間の中でできるだけ議論を重ねていくことが重要であると思っています。

■職種別常勤職員1人平均給料月額等(一般病院) 単位:円

	医療法人			公立		
	平均給与(月額)	賞与	合計	平均給与(月額)	賞与	合計
病院長	2,459,603	45,072	2,504,675	1,241,965	311,092	1,553,057
医師	1,197,484	105,514	1,302,998	939,034	196,580	1,135,594
薬剤師	333,841	69,945	403,786	445,581	134,773	580,354
看護職員	306,372	66,061	372,433	382,485	110,463	492,948
看護補助職員	190,508	36,092	226,600	251,416	80,777	332,193
医療技術員	289,322	64,202	353,524	424,865	127,701	552,566
事務職員	280,228	59,077	339,305	409,008	132,434	541,442

■医療機能別病院の収支差額と対03年6月伸率の比較 (1施設あたり:単位千円)

	医業収支差額		総収支差額	
	収支差額	伸率	収支差額	伸率
特定機能病院	-138,010	5.9%	-46,354	63.8%
地域医療支援病院	-27,942	-41.9	4,501	130.7
回復期リハ病棟	-7,608	-1,305.1	1,460	-89.9
小児入院管理料1・2	-11,633	64.4	16,040	69.3
急性期(特定)入院加算	-11,558	21.2	6,711	-58.2
亜急性期入院医療管理料	-3,840	-	846	-
ハイケアユニット入院医療管理料	-13,998	-	2,671	-

# 新医療計画は08年に一斉公表・施行

## 医療計画の見直し検討会 新基準病床算定は先送り。記載事項改正の議論を開始

10月28日の「医療計画の見直し等に関する検討会」に、事務局(厚労省医政局指導課)は、新たな医療計画制度に対応した記載事項の考え方を提示した。

法的に義務づけられた医療計画記載事項は、病床規制を主たる目的としてきた現行医療計画制度を反映し、2次・3次医療圏の設定と基準病床数以外は、地域医療支援病院等の整備、施設共同利用、救急医療、へき地医療、医療従事者というプリミティブな情報にとどまってきた。

しかし、地域完結型のシームレスな医療提供体制を構築するという新たな医療計画制度の理念が合意された段階で、法改正に向けた各論審議が急がれることから、主要疾患ごとの連携体制を整備する上で都道府県に義務化する記載事項の追加項目を整理することになったもの。

詳細は次回の検討会で議論される予定で、今回は基本となる観点のみが提示された。

また、事務局は、検討を急いできた新医療計画の全体イメージを整理するとともに、作成と施行の日程方針を示した(別掲「新しい医療計画のポイント」)。それによると、基準病床数算定にかかわる箇所を除いた新医療計画(改正記載事項や医療費適正化計画と連動する指標ごと目標値等の明示)は、全都道府県が2008年度に一斉に施行する。現在、5年ごとの見直しを迎えている県はできる範囲で盛り込むか、あるいは暫定計画にとどめ、08年度に再策定するよう指導する方針だ。

各目標値等は、その実現が、住民・患者にどう利益となるかが分かるように表現される。また、国が指定する主要な事業・疾患対策は、がん、脳卒中、急

性心筋梗塞、糖尿病、小児救急、周産期、救急、災害医療、へき地医療の9分野となること、ほぼ確定した。ただし、都道府県は、県独自の事業・疾患を加えることができる。

主要な事業・疾患に関する医療連携体制は、住民・患者に分かりやすく、連携を担う医療機能ごとに、リスト(該当医療機能のデータ一覧)と所在地(患者が所在する域圏ごとの医療機関分布をマップ風に表示=医療機関ごとに詳細データにリンク)の二重で明示される。

第5次医療法改正は2007年4月施行となる。法改正が成立する来年6月以降に「医療計画の指針」を改め、「医療費適正化計画」が一斉に開始される2008年度に間に合わせる。

医政局は10月25日に開催した、都道府県に対する「医療制度構造改革試案」説明会でも、「新しい医療計画のポイント」を、医療費適正化計画を中長期的に支える重要なツールとして説明した。

一方、一般・療養別に算定する基準病床数の算定式改正は2月14日の同検討会で了承され、3月4日の医療部会で報告されたが、その後、省令改正・告示の手続きが見送られている。事務局は、新医療計画の作成から当面、基準病床数算定事項を外す方針を明らかにした。

施行を先延ばししてきた意図について、指導課は一貫として説明を避けてきたが、本紙の質問に「年内に手続きをとることになる」と(医療計画担当官)と説明した。ただし、どういった「措置」となるかの言明は避けた。

半年前と現在とで決定的に情勢が異なるのは、「病床転換」など療養病床をめぐる行政の意図である。施行を事実上先送りし、情勢のさらなる推移を見守る可能性もある。

に、患者の症状に応じた紹介等地域の医療連携を実施していくことになる。

○今後、国としても、居宅系サービスの充実や、居住系サービスに必要な医療を受けつつ生活を送るという選択が可能となる体制を推進する。

### 3. 将来の望ましい都道府県内の保健医療提供体制の実現に向けた数値目標の設定

○地域で適切な医療サービスが切れ目なく提供される体制となっているか等、望ましい医療提供体制の実現に関する分かりやすい数値目標を設定し、医療計画に明示する。

○具体的な数値目標は、政策的な意味合いを併せて表現することとし、例えば、(1)地域ごとに医療連携体制が実現すれば改善される「脳卒中中等の年間総入院日数の短縮(●日から●日へ)」「在宅復帰率の向上(●%へ)」

(2)地域での連携状況を直接示す「地域連携クリティカルパス利用状況の向上(●%へ)」

(3)在宅医療の体制が図られれば改善される「在宅での看取り率・在宅復帰率の向上(●%へ)」

(4)住民の健康意識が高まれば改善される「健診受診率の向上(●%へ)」「年間外来受診回数の減少(●回から●回へ)」といったものを設定する。

### 4. 数値目標の達成に向けた都道府県、医療関係者、医療機関等の役割と責任

具体的な数値目標は、①いつまでに達成させるのか、②誰がどのような役割で活動するのか③どのような方策(費用等)で達成させるのか、を明示する。

### 5. 一数値目標の達成状況に係る政策評価と次期医療計画の見直し

○計画の目標年に達成状況を評価し、全国の状況も勘案し、新たな目標値を設定する。

○特に、未達成の分野や全国平均を大きく下回る分野の改善方策を検討する。

### 【新たな医療計画の作成に向けた国・都道府県・医療関係者の共同作業】

国・都道府県・医療関係者が医療計画制度を通じて以下のような役割のもと、共同作業を進めていくものとする。

(国が果たす役割) \*モデル医療計画を公表予定

- ・医療機能調査の指標の提示
- ・全国的な数値目標の提示
- ・医療連携体制のモデルとなる実践事例の収集と紹介
- ・医療連携体制に対する支援
- ・計画作成の人材養成プログラムの開発

(都道府県が果たす役割) \*各県独自の医療連携体制を構想

- ・医療機能調査を通じた状況把握
- ・県内の医療関係者との協議の場の設定(県内・他県の好みを参考に議論)
- ・対策に必要な支援方策の検討

(医療関係者が果たす役割)

- ・医療機能調査への協力
  - ・事業ごとの医療連携体制の構築に向けた真剣な議論
  - ・EBMに沿った地域連携クリティカルパスの作成と普及
- (「患者の視点に立った医療連携体制を都道府県とともに検討。)

### 【新医療計画実施に至るスケジュール(全体)】

2005年末○国:新しい医療計画のモデルの作成と都道府県への周知

2006年度○国:保健医療提供体制整備交付金の創設に伴う予算事業の実施、医療に関する基本方針(全国共通で把握すべき指標や国としての数値目標など)の提示、全国規模の医療機能調査の実施  
県:都道府県において医療機能調査(全国と都道府県の各指標)を実施

2007年度○県:医療機能調査の結果の公表・医療計画の立案作業の実施(数値目標の設定など)

国:全国の医療機能調査の結果を公表(全国平均の状況も合わせて公表)

2008年度○県:新しい医療計画の公表・実施(全国一斉施行。平成24年度に変更)

\*地域の医療機能を随時更新するため、新しい医療計画制度の下で、都道府県医療計画は柔軟に見直すことができるものとする(医療法の改正)。

### 【各都道府県が新医療計画を作成するスケジュール】

#### ●留意点

◇今般の医療計画の見直しに当たって、基準病床数制度など従来の医療計画の内容を08年度から一斉に見直すことは考えていない。

◇9事業に関する現状把握、数値目標設定、計画立案、事業実施そして事後評価という一連の流れは、2008年度に全都道府県で一斉に開始する。

#### ●医療計画の見直し時期に応じた柔軟な対応(方針)

◇06年度に見直しを迎える都道府県は、08年度に、新医療計画の部分について修正を行なう

◇07年度に見直しを迎える都道府県は、「都道府県と国との懇談会」を通じ、08年度の一斉施行をにらんだ積極的な意見交換を行う。(07年度にこだわらず1年遅らせて実施することも可能。既に日程が固まっている場合は、07年度に見直し、08年度は一部修正で対応することもできる)

◇08年度以降に見直しを迎えるすべての都道府県は、新医療計画の内容について、既存計画の修正を行なう。

### 医療計画に記載すべき事項について(考え方) 10月28日 医療計画見直し検討会

#### 【2006年の医療制度改革を念頭に置いた医療計画の見直しの考え方】

○医療計画の見直しに当たっては、がん・脳卒中・小児救急・災害医療など患者の視点を尊重した事業面での地域の医療提供体制の確保に着目することとし、医療計画に記載すべき事項も、同様の視点でもって検討するものとはどうか。

○その際、特に医療提供体制として地域で確保することが求められる事業に関しては、医療法第30条の3に規定する医療計画の記載事項として取り上げるものとしてはどうか。

#### ■医療計画に記載すべき事項として加味する観点(案)

1. 質が高く効率的な医療サービスを住民・患者に提供する体制を確保する責任を果たすため、都道府県自ら関与することが求められる事業であること。
2. 患者のニーズ等医療を取り巻く最近の情勢を踏まえ、新たに政策的に推進すべき事業であること。なお、政策的に推進すべき事業は適宜見直すものとする。
3. 緊急時に住民・患者に医療サービスを継続して提供できる体制を地域で確保する事業であること。

### 「新しい医療計画のポイントについて」(概要) 10月28日 医療計画見直し検討会

#### 1. 医療機能調査等を通じた都道府県内の医療サービスの供給と需要の把握

都道府県は既存統計を活用するほか医療機能調査と疾病動向調査を実施、医療供給の状況と患者の需要動向を把握し、医療計画に明示する。(全国平均との比較も明示する)

#### (新しい医療計画に盛り込まれる指標)

- 病院や診療所の数(所在地)・対象患者当たりの診療科医師割合(主要対策ごと)
- 種別ごとの病床数・在宅での看取り率(主要疾病ごと)
- 医師等医療従事者数・地域連携パスの普及状況(主要疾病ごと)
- 総入院日数など(主要な疾病ごと)
- 健診・検診受診率
- 精密検査受診率
- 有病者の受診割合

#### 2. 主要な事業ごとの医療連携体制の構築と医療計画への明示

○がん対策、脳卒中对策、急性心筋梗塞対策、糖尿病対策、小児救急医療対策、周産期医療対策、救急医療対策、災害医療対策、へき地医療対策といった主要

事業ごとの医療連携体制を医療計画に明示する。(別途、都道府県で独自事業を明示することも可能)

○医療連携体制の状況は、特定の区域ごとではなく、主要な事業ごとの医療機関の所在地と医療機能(医師の配置、保有する医療機器、社会保険事務局に届出された施設基準等、手術件数、公費負担医療の実施、地域連携クリティカルパスの使用状況など)というかたちで明らかにする。

○あわせて、高度・専門的な医療など通常では継続的な対応が困難な医療を担い、都道府県全域をカバーして医療連携体制を支える医療機関も明示する。

#### (医療連携体制の構築に向けた留意点)

○「医療連携体制の構築」自体は、地域医療関係者の自主的協議のもと、関係者間における役割分担や連携の手順等の合意形成(地域連携クリティカルパスの共有も含む)を意味する。

○がんは特定の病院でしか診ないというように、医療計画は患者の動きまでを統制するのではなく、患者が、医療計画に明示された各医療機能情報をもと

## 医療連携体制で都道府県に主導性を求める

10月24日の「新たな医療計画に関する国と都道府県の懇談会」は、前回に続いて、医療連携体制と医療計画の各先進事例について、当該県から報告を受けた。

意見交換の中で、地域連携づくりに都道府県の指導力発揮を期待する厚労省に対して、出席した都県の担当者は口を揃えて、連携を推進する上でのツールやインセンティブの提供、さらには「財源」と「権限」を都道府県に与えるよう求めた。

担当者からは、首長が応じない市町村立病院の再編統合、さらには、病床規制運用に関する権限付与をも期待する声もあがった。

こうした意見に対して、医政局の谷口指導課長は、「連携体制を創る過程での

役割分担や機能特化の誘導は都道府県にお願いしたい。いきなり民間(が主役)というわけにはいかない。やはり自治体病院が率先垂範して連携をつくる、さらには、再編統合を経て民間病院に委ねていくという道筋を考えてほしい」とアドバイスを行なった。

新たな医療計画の考え方では、各県による医療機能調査結果にもとづいて、「過剰な医療機能の転換や不足している医療機能の充実などへの支援」措置が図られる。厚労省は、医療法の改正によって、「地域の医療機能を随時更新するため、新しい医療計画制度の下で、都道府県医療計画は柔軟に見直すことができる」ようにする方針であり、医療計画作成日程案には、2007年に、そうした措置がとられると記されている。

# 広告事項を個別規定から包括規定に緩和

## 医療部会 病院の情報提供を広範囲に義務化。07年度に施行

11月10日の医療部会に事務局(厚労省医政局総務課)は、新たな広告規制の方法として「包括規定方式」で臨む方針を提示した。

広告禁止事項を特定化して、それ以外を自由とするネガティブリスト方式への転換は見送る代わりに、1つ1つの個別事項を列挙する煩雑な現行方式を改め、広告情報を一定範囲の項目群に括り、その包括的な命題を法的に明示して規制を行なうというもの。

現行方式がもつ厳密さは緩和されるが、「〇〇に関する客観的事実」という表記によって「情報の質(客観性)」は確保可能と事務局は説明した。

この方法によって、アウトカム指標(診療の実績情報)も広告可能とする。ただし、客観性を評価する仕組みが講じられたものから、段階的に認める方針だ。

広告事項の「包括規定方式」導入にともなって、違反者に対する、「6ヶ月以下の懲役又は30万円以下の罰金」(医療法第73条)という有名無実化している直接罰(即時適用される刑事罰)を改め、行政指導や行政命令をはさんだ間接罰に改め、立入検査など行政の介入余地を確保する。

こうした改正に対応するために、厚労省は少人数の「広告規制等に関する

検討会(仮称)を2006年度に立ち上げ、病院名称規制の見直し、院内掲示の拡充問題、広告ガイドライン案など、第5次医療法改正の情報提供事項について詳細案の検討を委ね、医療法改正が施行される07年度までに関連法の改正を実現する考えだ。その際、告に関する苦情対応窓口として、医療安全支援センターの活用を企図している。

検討会は医政局に常設され、今後の、患者に対する情報提供の枠組み構築と運用全般にかかわる事項を取り上げる。ただし、標榜診療科名の見直しは医道審議会で行う。

事務局は、また、義務化される都道

府県に対する医療機関情報の報告について、その枠組み案を提示した。情報範囲など詳細は前出検討会でつめるが、報告義務違反は虚偽報告は是正命令の対象とし、従わない場合には業務停止命令等行政措置の対象とする。

さらに、事務局は、入院時、退院時の患者に対する文書交付と説明を制度化する考えを示した。

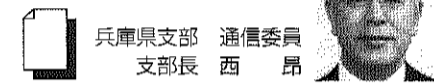
診療報酬の上で減算・加算対象となっている入院診療計画と退院療養計画の策定と説明・交付を、施設管理者の義務(退院療養計画は努力義務)として医療法に書き込む方針だ。

また、患者等からの苦情・相談に対応する体制確保についても、すべての病院・診療所について、管理者の努力義務として位置づける考えを明らかにした。

### 支部通信

## ヤングフォーラム神戸版、パラメディカルの研究発表会が大好評!

### 支部2大事業に成長



兵庫支部 通信委員 支部長 西 昂  
当支部の主要事業としてヤングフォーラム(7月2日開催)と研究発表会(11月5日開催)があります。ヤングフォーラムは、第40回全日病学会の開催地神

戸から始まったこともあり、その支部版である「ヤング世代の集いの場」を設け、「ヤングフォーラム in kobe」と名づけ、昨年からはじめました。

第1回は支部3名の先生による講演とミニシンポジウムを、今年は「療養型病院の経営」を主テーマとして、支部2名の先生に加え、西澤副会長による「療養病床の現実と今後のあり方」

の講演を実施しました。

ヤングフォーラムは、支部の若い理事が中心となって運営管理を行っていますが、わずか2回という少ない開催にもかかわらず、同じ悩みを持つ二世経営者から高い評価を得て、継続実施の要望が強く出ています。

一方、研究発表会は、各職場で頑張っているパラメディカルの方達の発表の場を病院団体として確保するという観点から、昨年からはじめました。「安全管理と医療の質の向上」を主テーマとしたところ、発表者22名、参加者200名と、予想をはるかに越える参加となりました。

今年は、IT化の進展も関係して医療

の内容も大きく変化中、昨日の改善が今日は陳腐化という時代であることから、「私の職場の改善活動」を主テーマに据えました。

当日は、発表者25名、参加者268名と昨年を大きく上回り、熱の入った質疑応答もあって、会場は大いに盛り上がりました。中でも、看護補助者の方の発表は参加者に大きな感銘を与え、会場あるいは修了後の懇親会でも終始話題になったほどでした。

参加者からは、発表時間も短く、かつ発表希望者も増加していることから、今後は会場を複数にしてはとの要望も出されています。

### 会務日誌

\*表記がない会議・会合はすべて東京開催

#### 2005年10月

- 5日 医療の質向上委員会、病院情報システム基本要件検討プロジェクトコアメンバー会議、日病協/実務者会議
- 7日 四病協/医療従事者対策委員会、同/医療保険・診療報酬委員会
- 8日 第4回病院事務長研修コース(～10日)
- 11日 四病協/医療制度・税制委員会
- 14日 会長・副会長会議、総務委員会、病院機能評価委員会
- 15日 四病協/医療安全管理者養成課程講習会第3クール(～16日)
- 18日 医療事務技能審査委員会

- 19日 広報・HP作成ワーキンググループ合同委員会、日病協/代表者会議
- 21日 病院のあり方委員会、個人情報保護法WT、医療制度・税制委員会、医療従事者委員会、四病協/治療費未払問題検討委員会、同/8人委員会、同/研修・認定センター第7回常任理事会、企画室・学術合同委員会、介護保険制度委員会、医療安全対策委員会、救急・防災委員会、人間ドック委員会
- 22日 四病協/総合部会
- 26日 健診事業に関する意見交換会、日病協/代表者会議
- 27日 医療保険・診療報酬委員会、病院のあり方委員会(厚労省「改革試案」説明会)
- 28日

- 北海道足寄郡 医療法人社団三意会我妻病院理事長 池田裕次
  - 北海道帯広市 特別医療法人社団協立病院理事長 長谷川敏
  - 東京都町田市 医療法人社団正志会南町田病院理事長 猪口正孝
  - 東京都葛飾区 医療法人社団直和会平成立石病院理事長 猪口正孝
  - 神奈川県横須賀市 社団法人地域医療振興協会横須賀市立うわまち病院管理者 沼田裕一
  - 高知県四万十市 医療法人一勇会幡多病院院長 福本和生
  - 福岡県古賀市 医療法人北九州病院北九州古賀病院理事長 増田康治
  - 大分県大分市 医療法人関愛会佐賀関病院理事長 長松宣哉
  - 鹿児島県曾於市 医療法人愛誠会昭南病院理事長 徳留 稔
- この結果、会員数は2,147病院となった。

- 病院機能評価の審査結果(順不同)
- 9月26日付の病院機能評価認定証発行は43病院(新規33・更新10)。そのうち、会員病院は次の13病院(新規12・更新1)。
- 新規(新体系)
- 【一般病院】
- 北海道札幌市 医療法人深仁会手稲深仁会病院
- 北海道札幌市 医療法人東札幌病院
- 北海道札幌市 医療法人社団道都病院
- 埼玉県川越市 医療法人武蔵野総合病院
- 埼玉県南埼玉郡 医療法人社団哺育会白岡中央総合病院
- 【複合病院】
- 福島県二本松 医療法人辰星会柗病院
- 埼玉県さいたま市 医療法人社団協友会東大宮総合病院
- 埼玉県八潮市 医療法人社団協友会八潮中央総合病院
- 香川県高松市 医療法人社団和会伊達病院
- 福岡県福岡市 医療法人社団誠仁会夫婦石病院
- 佐賀県小城市 医療法人人口メディカル江口病院
- 佐賀県三養基郡 三樹病院
- 更新(新体系)
- 【複合病院】
- 愛媛県松山市 医療法人嘉仁会松山西病院
- 認定証発行は1,771病院(旧体系749、新体系1,022=更新339を含む)。そのうち当協会会員は561病院を数える。

#### 第7回常任理事会の詳細 10月22日

#### ●主な協議事項

##### ●会員名簿の作成

2年ごとに改訂される会員名簿の作成方針が承認された。会員名簿とは別に、「医療施設態勢調査データ」複写の提出を要請、非公表データとして管理する。会員名簿は会員、賛助会員、関係団体に配布、公表はしていないが、会員が掲載を希望しない項目は削除の上、名簿を作成することを確認した。

##### ●認定個人情報保護団体の申請

個人情報保護法に伴ない、厚労省に認定個人情報保護団体の申請を行なうことを決定、必要な諸規定案を承認するとともに、担当業務理事として飯田常任理事を選任した。

##### ●中国・四国ブロック研修会の開催

中国・四国ブロック研修会の開催を承認した。10月29日に高松市で開催。厚労省医政局指導課山下課長補佐を招聘する。

##### ●新会員の入会(敬称略・順不同)

以下の入会が認められた。

#### ●主な報告事項

##### ●日帰り人間ドックの04年実施状況調査

日帰り人間ドックの2004年実施状況調査結果が報告された。回答368施設の利用者数は1万9,188名と、2003年から12.8%増え、過去最高となった。

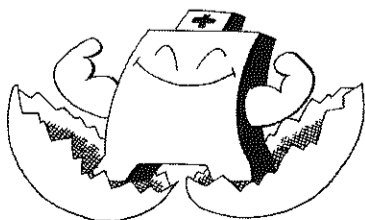
外部精度管理調査の結果は、回答368施設の90.5%が実施と回答(検査の委託先が実施しているものを含む)、前年度と同率であった。

## 企業年金の中核は厚生年金基金です。

- ①国の年金を代行する部分に必要な運用利回りは、国の運用実績と連動することとなり、運用リスクの軽減が図られました。
- ②6年後に廃止される適格年金は、厚生年金基金に移行することが管理上も税制上も最良の選択です。
- ③国の年金のスリム化を補完する制度として厚生年金基金が税制上最も優れています。

メリット

- 事業主掛金は、すべて損金算入でき、税制上の優遇措置が受けられます。
- 短期間の加入も、すべて将来の給付に結びつきます。
- 加入による職員の負担増はなく、将来、手厚い給付を受けられます。



老後の不安は基金が解消!! —— 病院厚生年金基金へのご加入を。

#### お問い合わせは、下記の厚生年金基金へ

- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| 北海道 ☎011-261-3172  | 大阪府 ☎06-6776-1600  |
| 秋田県 ☎018-824-5761  | 兵庫県 ☎078-341-7350  |
| 山形県 ☎023-634-8550  | 奈良県 ☎0742-35-6777  |
| 福島県 ☎024-522-1062  | 和歌山県 ☎073-433-5730 |
| 茨城県 ☎029-227-8010  | 鳥取県 ☎0857-29-6266  |
| 栃木県 ☎028-610-7878  | 島根県 ☎0852-21-6003  |
| 群馬県 ☎027-232-7730  | 岡山県 ☎086-223-5945  |
| 埼玉県 ☎048-833-5573  | 広島県 ☎082-211-0575  |
| 千葉県 ☎043-242-7492  | 山口県 ☎083-972-3656  |
| 東京都 ☎03-3833-7451  | 徳島県 ☎088-622-1602  |
| 神奈川県 ☎045-222-0450 | 香川県 ☎087-837-0311  |
| 新潟県 ☎025-222-3327  | 愛媛県 ☎089-921-1088  |
| 富山県 ☎076-429-7796  | 福岡県 ☎092-524-9160  |
| 石川県 ☎076-262-5261  | 長崎県 ☎095-843-3737  |
| 福井県 ☎0776-24-1166  | 熊本県 ☎096-381-3111  |
| 長野県 ☎0263-36-4834  | 大分県 ☎097-532-5692  |
| 静岡県 ☎054-253-2831  | 宮崎県 ☎0985-26-6880  |
| 滋賀県 ☎077-527-4900  | 鹿児島県 ☎099-227-2288 |
| 京都府 ☎075-255-1312  | 沖縄県 ☎098-869-3521  |